



Nachdrücklich gewünscht, aber nur schwer zu verwirklichen

Palliativmedizin als Modell für ein integriertes Versorgungskonzept?

Th. Schindler

Sekretär der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

klinikarzt 2005; 34 (1+2): 29–32

Eine bisher vielfach beklagte Schwäche des deutschen Gesundheitssystems war es, dass es den Leistungserbringern (z.B. Ärzten, Pflegenden, Institutionen) aufgrund der strengen sektoralen Gliederung des Gesundheitswesens fast unmöglich gemacht wurde, sektorenübergreifende und multiprofessionell zusammengesetzte Strukturen zu entwickeln und anzubieten. Dies war bzw. ist sehr bedauerlich, da solche Strukturen im Allgemeinen und besonders im Hinblick auf eine optimale Palliativversorgung der Bevölkerung als höchst sinnvoll angesehen und dringend benötigt werden (10).

Mit seiner Gesundheitsreform des Jahres 2000 hatte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erstmals versucht, Elemente der so genannten „integrierten Versorgung“ in das Sozialgesetzbuch einzuführen (§ 140 SGB V), um eine bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung zu ermöglichen. Dieser Versuch scheiterte jedoch. Die Konstruktion des damaligen § 140 war sehr kompliziert und so blieben Modelle der integrierten Versorgung eine Rarität.

Unter „integrierter Versorgung“ im Sinne des Sozialgesetzbuches V versteht der Gesetzgeber primär

Die Palliativmedizin wird besonders im Hinblick auf eine optimale Palliativversorgung der Bevölkerung nicht nur von Fachleuten als Modell für ein integriertes Versorgungskonzept immer wieder dringend empfohlen, sondern auch von allen gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern als höchst sinnvoll angesehen und nachdrücklich gewünscht. In Deutschland war Anfang des Jahres 2004 die Hoffnung groß, dass über die im Zusammenhang mit der Reform des § 140 SGB V zur Verfügung gestellten Mittel endlich auch sektorenübergreifende palliativmedizinische Angebotsstrukturen ermöglicht werden könnten. Diese Hoffnungen wurden im Laufe des Jahres allerdings gedämpft. Offenbar sind die Konzepte der Palliativversorgung nur schwer mit den Intentionen des § 140 SGB V in Einklang zu bringen. Über die möglichen Gründe und die Erfahrungen, die beim Vorlegen palliativmedizinischer Konzept-Entwürfe gesammelt wurden, soll im Folgenden berichtet werden.

eine sektorenübergreifende Versorgungsform, die es ermöglichen soll, die strukturell bedingte strenge Abschottung der beiden Sektoren „ambulant“ und „stationär“ zu überwinden. In diesem Sinne wird der Begriff auch hier verwendet.

Unabhängig davon sei allerdings darauf hingewiesen, dass unter der Überschrift „Integration“ auch die vielfältigsten Bemühungen im Gesundheitswesen für eine bessere Vernetzung der bestehenden Angebote innerhalb eines Sektors zusammengefasst werden können. Insbesondere kommt den Versuchen, die Palliativmedizin in die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens einzubinden, ohne dafür völlig neue Strukturen zu schaffen, hier eine ganz besondere Bedeutung zu (8, 9).

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz des Jahres 2004

(GMG) wurde der § 140 in mehreren Punkten entschlackt und vom Gesetzgeber zu einem der wesentlichen Elemente der neuen Gesundheitsreform erklärt. Der neue § 140 SGB V sei sogar „das Herzstück der Gesundheitsreform“ (12), wie Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom BMGS bei der Eröffnung des 1. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) am 29. Oktober 2004 in Berlin noch einmal ausdrücklich betonte. Auch die Deutsche Ärzteschaft hatte sich wiederholt sehr deutlich für die Etablierung integrierter Versorgungsformen ausgesprochen – gerade auch im Zusammenhang mit der palliativmedizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Auf dem 106. Deutschen Ärztetag 2003 in Köln hieß es in einem vom Ärztetag einstimmig angenom-

menen Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer zum Schwerpunktthema Palliativmedizin unter der Überschrift „Integrierte Versorgung“ (4): „Menschen mit schweren und unheilbaren Erkrankungen benötigen eine möglichst reibungslose Versorgungskette mit einer optimalen interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit. Deshalb muss die starre Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Regelversorgung aufgelöst werden.“

Große Hoffnungen wurden enttäuscht

Anfang des Jahres 2004 war somit die Hoffnung groß, dass die – jetzt erstmals im Rahmen des § 140 a–d SGB V – zur Verfügung gestellten Mittel auch sektorenübergreifende palliativmedizinische Angebotsstrukturen ermöglichen könnten. Staatssekretär Schröder hatte beim DGIV-Kongress daran erinnert, dass ein Prozent der ärztlichen Gesamtvergütung und ein Prozent der Krankenhausbudgets von den Kostenträgern für Angebote der integrierten Versorgung zur Verfügung gestellt werden sollen. Dies entspricht deutschlandweit immerhin einer Summe von 680 Millionen Euro. Mit Zufriedenheit hatte er hinzugefügt, dass „der § 140 SGB V einer der wenigen Paragraphen ist, wo es uns gelungen ist, zu deregulieren“ (12).

Tatsächlich macht der neue § 140 vieles möglich und hat in den ersten Monaten des Jahres 2004 deshalb zu einer Fülle von Anträgen bei den Kostenträgern geführt. Diese sehen sich mitunter kaum in der Lage, die vielen Anträge zu bearbeiten. Andererseits weisen sie aber auch zunehmend darauf hin, dass viele Konzepte zur integrierten Versorgung abgelehnt werden, weil sie nichts anderes seien als eine „alte Leistung im neuen Gewand“, wie die Ärztezeitung am 26.10.2004 berichtete und aus der bisherigen Entwicklung das Fazit zog (1): „Offenbar fällt es den Akteuren unter den Leistungserbringern immer noch schwer, die Grundidee der Integrationsversorgung, nämlich die Überwindung der sektoralen Versorgung, zu begreifen und in Konzepte umzusetzen.“

Das Durcheinander um die integrierte Versorgung – „Wer schließt mit wem welchen Vertrag, zu welchen Bedingungen, und wer zahlt am Ende?“ (2) – ist die eine Erfahrung, die in den ersten zehn Monaten des Jahres 2004 gemacht werden konnte und die wohl dazu gehört, wenn sich Dinge neu ordnen. Als zweite wesentliche Erkenntnis schälte sich im Laufe des Jahres aber auch immer mehr das eigentliche Motiv für die Reform des § 140 SGB V heraus.

Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter im BMGS, hatte es auf einer Fachtagung des Bundesverbands Managed Care (BMC) Anfang des Jahres so formuliert: „Das Ministerium hofft, das durch die Neuregelung der Wettbewerb der Krankenkassen intensiviert wird mit dem Ziel, Effizienz und Qualität der Versorgung zu verbessern.“ „Im Wettbewerb“, so wiederum Schröder auf dem DGIV-Jahreskongress, „müssen Vorteile gegenüber anderen Versorgungsformen bestehen ... Patienten können sich dann dorthin begeben, wo eine optimale Versorgung sichergestellt ist“ (12).

Darüber, wie Konzept-Entwürfe für integrierte Versorgungsmodelle im Einzelnen aussehen sollten, um Erfolg zu haben, ist im letzten Jahr viel geschrieben worden. Ausführliche Checklisten und umfangreiche Kriterienkataloge zu diesem Thema stehen unter anderem als Download auf den Internetseiten des Bundesverbandes Managed Care (www.bmcev.de) und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (www.dgiv.org) zur Verfügung.

Als wesentliche Strukturelemente eines integrierten Versorgungskonzeptes fordert die DGIV in ihrem Kriterienkatalog beispielsweise Aussagen zu folgenden Bereichen:

- Patientennutzen (Zielsetzung und Bewertung)
- Qualitätsmanagement (ärztlich/pflegerisch)
- Einsparvolumen der Krankenkasse
- Schnittstellenmanagement
- haftungsrechtliche Absicherung
- definierte Behandlungspfade.

In der Praxis wurden bis Ende Oktober, verschiedenen Zeitungsberichten sowie den Informationen auf dem DGIV-Kongress zufolge, bundesweit rund 200 Versorgungsverträge im Sinne der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V von den Kostenträgern abgeschlossen. Diese machen bisher erst einen geringen Teil des zur Verfügung gestellten Budgetrahmens aus. Bislang beziehen sich die meisten Verträge auf elektive operative Eingriffe, bei denen klare Behandlungspfade und Garantieleistungen der Leistungserbringer möglich sind (z.B. endoprothetische Versorgung von Gelenken).

Palliativmedizin in der integrierten Versorgung

Vor dem geschilderten Hintergrund sind an mehreren Standorten in Deutschland (z.B. in Bottrop, Brandenburg, Greifswald, Saarbrücken, Tübingen und in Nordrhein-Westfalen) Konzepte entwickelt worden, wie eine sektorenübergreifende palliativmedizinische Versorgungsstruktur ausgestaltet sein könnte. Während Aussagen zum Nutzen für die Patienten, zum Qualitätsmanagement und zum Schnittstellenmanagement in diesen Plänen relativ leicht zu formulieren waren, waren Angaben zum Einsparvolumen der Krankenkassen schon sehr viel schwerer vorauszusehen – unter anderem auch deshalb, weil es den Kostenträgern in der Regel nicht möglich war, gezielte Anfragen in dieser Richtung zu beantworten.

So ist es schwer, ein Einsparvolumen nachzuweisen, wenn die Kosten der konventionellen Versorgung nur sehr eingeschränkt zu erheben sind. Kostendaten über die Versorgung schwer kranker Tumorkranken, die am Lebensende in Krankenhäuser eingewiesen werden, um dort zu sterben – etwas, was durch eine gute palliativmedizinische Versorgungsstruktur möglichst vermieden werden soll – konnten die Kostenträger in der Regel nicht zur Verfügung stellen.

Auch über den haftungsrechtlichen Hintergrund ließen sich nur sehr unbefriedigende Aussagen treffen, da die Vorgaben der „Richtlinien

zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“ einige von den in der palliativmedizinischen Versorgung wichtigen Tätigkeiten (z.B. Infusionen mit Medikamenten, Punktion von Port-Systemen) Pflegepersonen praktisch untersagen (11). Gleichwohl spielen palliativpflegerisch geschulte Fachpflegekräfte in den vorliegenden Konzepten eine bedeutende Rolle.

Schließlich war es aufgrund der hochgradig individualisierten Situation palliativmedizinisch zu versorgender Patienten am Lebensende nicht möglich, definierte Behandlungspfade zu formulieren. Diese gibt es, bezogen auf die palliativmedizinische Versorgung, in Deutschland noch nicht. Selbst in der Weltliteratur sind diesbezügliche Veröffentlichungen noch eine Seltenheit (6).

Die bisherigen Erfahrungen im Kontakt mit Leistungserbringern und Kostenträgern beim Versuch, Palliativmedizin im Rahmen integrierter Versorgungskonzepte nach § 140 SGB V anzubieten, waren vor diesem Hintergrund eher ernüchternd. Zwar ernten die entsprechenden Konzepte überall (unverbindliche) Zustimmung: Auf der „1. Deutschen Messe für Neue Versorgungsstrukturen“ am 18. September 2004 in Bochum gewann Iris Kettler aus Bottrop sogar einen Preis und sehr viel Zustimmung für ihr Poster „Palliativmedizin ist integrierte Versorgung“. Auch alle Entscheidungsträger „sind sehr für die Palliativmedizin – aber wenn es ans Finanzieren geht, ist Schluss“, so Prof. Dietrich Kettler, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Wettbewerb und Palliativmedizin – geht das?

Die mit dem § 140 SGB V verbundenen Hoffnungen der palliativmedizinisch engagierten Akteure im stationären und ambulanten Sektor wurden im Laufe des Jahres also erheblich gedämpft. Denn die Konzepte der Palliativversorgung sind auch mit der jetzigen Konstruktion des § 140 SGB V nur schwer zu realisieren.

Hinterfragt man, warum die vorliegenden Entwürfe für eine integrierte palliativmedizinische Versorgung bei den Kostenträgern bisher

erfolglos und im Wesentlichen ohne Resonanz geblieben sind, kommt neben den Hinweisen auf die inhaltlichen Probleme schnell eine weitere Frage auf: Passen der „Wettbewerb der Krankenkassen“ und eine möglichst gute, umfassende und flächendeckende palliativmedizinische Versorgung zusammen? Zweifel sind erlaubt.

Prof. Fritz Beske, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung in Kiel, äußerte sich hierzu – ohne jedoch direkt auf die Palliativmedizin Bezug zu nehmen: „Irreal ist es zu fordern, dass sich jeder Patient überregional oder sogar bundesweit an konkurrierenden Versorgungsmöglichkeiten orientiert. Eine wohnortnahe Versorgung ist die Methode der Wahl ... Wir benötigen keinen qualitätsorientierten Wettbewerb mit Insellösungen. Was wir benötigen, ist eine flächendeckende Qualität in der Gesundheitsversorgung“ (3). Und Hagen Kühn, Leiter der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin, gibt zu bedenken: „Investitionen in die öffentliche Imagebildung und attraktive Leistungen für attraktive Kunden können wettbewerblich effektiver sein als die oft enorm aufwändigen Leistungen für die Minorität schwer kranker Patienten“ (7).

Diesen Grundtenor bestätigten die Vertreter der Kostenträger auf dem DGIV-Kongress Ende Oktober 2004 in Berlin mit ihren Einlassungen. Bei dem Versuch, zahlungskräftige Kunden langfristig an sich zu binden, sei das Werben mit (einer besseren Versorgung bei) schwerer Krankheit, Sterben und Tod für die Kostenträger eher kontraproduktiv. Sowohl der Vertreter der Barmer Ersatzkasse als auch der einer großen Betriebskrankenkasse (BKK) im Raum Berlin räumten freimütig ein, dass der § 140 als Marketinginstrument im Wettbewerb der Krankenkassen um eine langfristige Kundenbindung ein wesentlicher Faktor sei. Ob Wettbewerb und Palliativmedizin kompatibel sind, scheint also eine berechtigte Frage zu sein.

Da sich die Organisation einer multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit mit palliativmedizinischem Fokus auch im

Rahmen von Versorgungskonzepten außerhalb des § 140 SGB V als ein erhebliches Problem erweist, sind neue Ideen sehr erwünscht, wie hier eine von allen gewünschte Entwicklung in der Praxis realisiert werden könnte. Die Bemühungen um eine bessere Vernetzung der ambulanten und stationären Palliativversorgung werden in jedem Fall an vielen Standorten fortgesetzt. Eine Hilfestellung könnten möglicherweise drei aktuelle Publikationen bieten, welche die Weltgesundheitsorganisation bzw. das Ministerkomitee des Europarats im letzten Jahr veröffentlicht haben und auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als Download zur Verfügung stehen. In allen drei Veröffentlichungen stehen Überlegungen „zur Strukturierung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ im Mittelpunkt (5, 13, 14).

Emphatically Desired, but Implementation Causes Difficulties – Palliative Medicine as a Model for an Integrated Care-providing Concept?

In particular with regard to optimal palliative care of the population at large, palliative medicine is not only urgently recommended by experts as a model for an integrated care-providing concept, but is also accepted as making good sense and expressly desired by all those responsible for making decisions regarding health policies. At the beginning of the year 2004, there was a great hope in Germany that the means available in connexion with the reform of paragraph 140 SGB could at last enable sector-overarching palliative medical opportunities to be offered. During the further course of the year, however, these hopes were qualified. Apparently, the concepts of palliative care are difficult to harmonise with the aims of paragraph 140 SGB. The present article reports on the possible reasons, and on the experience gained with the presentation of draft palliative-medical concepts.

Key Words

palliative medicine – integrated care – interdisciplinary – multi-professional

Literatur

1. Ärzte Zeitung. Keine Chance für alte Leistung im neuen Gewand (26.10.2004)
2. Ärzte Zeitung. Neue Verträge und viel Planlosigkeit (6.5.2004)
3. Beske F. Wettbewerb – kein Wert an sich. Dt. Ärzteblatt 2004; 101 (16): A-1066
4. Bundesärztekammer / Deutscher Ärztetag: Entschließungen des 106. Deutschen Ärztetages in Köln vom 20. bis zum 23. Mai 2003 zum Tagesordnungspunkt Palliativmedizin, S.10–11
5. Council of Europe (CoE). Empfehlung des Ministerkomitees an die Mitgliedsstaaten zur Strukturierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung, 2004 (als Download verfügbar auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: www.dgpalliativmedizin.de)
6. Ellershaw J. Clinical pathways for care of the dying: an innovation to disseminate clinical excellence. J Palliat Med 2002; 5 (4): 617–621
7. Kühn H. Wettbewerb im Gesundheitswesen? Westfälisches Ärzteblatt 2004; Heft 6: 8–10
8. Mansfeld ME, Wilmsen-Neumann J, Hardinghaus W. Palliativmedizin im klinischen Alltag integrieren. Das Modell SPES VIVA. Klinikarzt 2002; 31 (9): 266–269
9. Prönneke R, Jablonowski H. Integration von Hospizidee und Palliativmedizin im Krankenhaus. Klinikarzt 2002; 31 (9): 270–274
10. Schindler T. Vernetzungsmodelle im ambulanten und stationären Bereich. Klinikarzt 2002; 31 (9): 275–278
11. Schindler T, Abholz HH. „Stationär vor Ambulant“: Über die Weltferne des „Grünen Tisches“ von der Realität der Versorgung – gezeigt am Beispiel der „Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Arbeit und Sozialpolitik 2000; 54 (9/10): 40–41
12. Schröder KT. Rede zur Eröffnung des 1. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV) am 29. Oktober 2004 in Berlin (persönliche Mitschrift)
13. World Health Organisation (WHO). Palliative care: The solid facts, 2004 (Als Download verfügbar auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: www.dgpalliativmedizin.de)
14. World Health Organisation (WHO). Better palliative care for older people, 2004 (Als Download verfügbar auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: www.dgpalliativmedizin.de)

Anschrift des Verfassers

Dr. Thomas Schindler
Südwall 1–5
47608 Geldern

Georg Thieme Verlag KG

Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
Telefon (07 11) 89 31-0
Telefax (07 11) 89 31-2 98

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Managing Editors:

Adolf Grünert, Ulm
Winfried Hardinghaus, Osnabrück
Matthias Leschke, Esslingen
Burckart Stegemann, Hagen
Achim Weizel, Mannheim

Wissenschaftliche Beiräte:

Anästhesiologie: Reiner Dölp, Fulda; **Chirurgie:** Rainer Engemann, Aschaffenburg; Karl-Joseph Paquet, Bad Kissingen; **Dermatologie:** Hans F. Merk, Aachen; **Endokrinologie:** Klaus-Henning Usadel, Frankfurt; **Ernährung:** Adolf Grünert, Ulm; **Gastroenterologie:** Gerald Holtmann, Essen; **Gynäkologie/Geburtshilfe:** Matthias W. Beckmann, Erlangen; **Herz- und Thoraxchirurgie:** Bruno Reichart, München; **Hämatologie:** Hermann Heimpel, Ulm; **HNO:** Wolfgang Stoll, Münster; **Immunpharmakologie:** Ulrich Kleeberg, Berlin; **Innere Medizin:** Wolfram Domschke, Münster; Eckhart G. Hahn, Erlangen; **Intensivmedizin:** Jürgen E. Schmitz, Wiesbaden; **Kardiologie:** Berndt Lüderitz, Bonn; Thomas Meinertz, Hamburg; **Klinikhgiene:** Franz Daschner, Freiburg; **Klinische Chemie:** Klaus Dörner, Kiel; **Klinische Pathologie:** Paul Hermanek, Erlangen; **Klinische Pharmakologie:** Martin Wehling, Mannheim; **Med. Statistik und Dokumentation:** Wilhelm Gaus, Ulm; **Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie:** Rainer Schmelzeisen, Freiburg; **Nephrologie:** Konrad Andrassy, Heidelberg; **Neurologie:** Eberhard Schneider, Hamburg; **Onkologie:** Rainer Souchon, Hagen; Clemens Unger, Freiburg; **Ophthalmologie:** Gerhard K. Lang, Ulm; **Orthopädie:** Wolfgang Pförringer, München; **Pädiatrie:** Friedrich C. Sitzmann, Homburg/Saar; **Palliativmedizin:** Eberhard Klaschik, Bonn; **Pulmologie:** Gerhard Schultze-Werninghaus, Bochum; **Psychiatrie:** Hans-Jürgen Möller, München; **Psychosomatik:** Ernst Petzold, Aachen; **Qualitätsmanagement:** Behrend Behrendts, Hamburg; **Radiologie:** Ingolf P. Arlart, Stuttgart; **Strahlentherapie:** Michael Wannemacher, Heidelberg; **Thorax- und Gefäßchirurgie:** Ludger Sunder-Plassmann, Ulm; **Traumatologie:** Lothar Kinzl, Ulm; **Urologie:** Lothar Hertle, Münster

Manuskriptrichtlinien:

Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte angenommen, die auch nicht gleichzeitig an anderer Stelle zur Veröffentlichung eingereicht sein dürfen. Autorenrichtlinien können beim Verlag angefordert werden. Für unaufgeforderte eingesandte Manuskripte wird keine Haftung übernommen. Der Verlag geht davon aus, dass der Autor für alle zur Publikation eingereichten Abbildungen das Veröffentlichungsrecht hat. Der Verlag behält sich vor, Leserbriefe gekürzt wiederzugeben. Die eingereichten Arbeiten für Editorial, Schwerpunkt und Übersicht werden einem peer review der Schriftleitung unterzogen. Der Inhalt der übrigen Rubriken und der Supplements liegt in der Verantwortung der Redaktion.

Copyright 2005:

Mit dem Abdruck des Beitrages erwirbt der Verlag das alleinige und ausschließliche Recht für die Veröffentlichung in sämtlichen Publikumsmedien sowie Übersetzungen in fremde Sprachen. Nachdruck, fotomechanische Wiedergabe und Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlags. Die Abbildungen in den Beiträgen stammen, wenn im Inhaltsverzeichnis (s. o.) nicht anders vermerkt, von den jeweiligen Autoren.

Redakteur:

Stephanie Schikora, Telefon (07 11) 89 31-4 16
E-Mail: stephanie.schikora@thieme.de

Redaktionsleitung:

Günther Buck, Telefon (07 11) 89 31-4 40

Redaktionsassistentin:

Sabine Bischoff, Telefon (07 11) 89 31-5 51
Telefax (07 11) 89 31-3 22



Organ der
Deutschen Gesellschaft
für Interdisziplinäre
Klinische Medizin
Telefon (07 11) 89 31-4 16
Telefax (07 11) 89 31-3 22

Internet-Adresse:

<http://www.thieme.de>; <http://www.klinikarzt.info>

Verantwortlich für den Anzeigentel:

pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Anzeigenleitung:

Greta Weller, Telefon (07 11) 89 31-304
E-Mail: greta.weller@pharmedia.de

Zeitschriftenvertrieb:

Telefon (07 11) 89 31-3 21

Zurzeit gilt die Anzeigenpreislise vom 1.10.2004

Herstellung:

Werner Schulz, Telefon (07 11) 89 31-331

Satz, Grafik, Layout:

Wolfgang Eckl, Werner Schulz, Karl-Heinz Zobel

Druck: Konradin Druck GmbH,
70771 Leinfelden-Echterdingen

34. Jahrgang

Druckauflage: 23 000 Exemplare;
Verbreitete Auflage: 22 100 Exemplare,
(lt. IVW 2/96)

Erscheinungsweise: monatlich

Bestellungen:

Über den Buchhandel oder direkt beim Verlag.

Bankverbindung:

Deutsche Bank Stuttgart,
BLZ 600 700 70, Kto.-Nr. 1420 017
Landesbank Baden-Württemberg,
BLZ 600 501 01, Kto.-Nr. 2 055 723
Post giro Stuttgart
BLZ 600 100 70, Kto.-Nr. 450 00-705

Bezugsbedingungen:

Einzelheft € 11,50 inkl. Porto.
Jahresabonnement € 93,- inkl. MwSt. und Porto.
Für Medizinstudenten gegen Nachweis und Bank-einzug € 45,- inkl. MwSt. und Porto. Ausland zuzügl. Porto € 19,80 (Europa) bzw. 52,80 (Airlift) (cash with order).
Für die Mitglieder der DGIM ist der Bezug der Zeitschrift im Mitgliedsbeitrag enthalten. Der Abonnementpreis umfasst 12 Kalendermonate (Mindestlaufzeit). Abonnements laufen weiter, wenn nicht 3 Monate vor Jahresfrist eine Abbestellung beim Verlag vorliegt. Bei Nichtbelieferung im Falle höherer Gewalt, bei Störungen des Betriebsfriedens, Arbeitskämpfen (Streik, Aussperrung) bestehen keine Ansprüche gegen den Verlag.

IA-MED Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Regularly listed in EMBASE/Excerpta Medica

Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnis, insbesondere was Behandlung, medikamentöse Therapie sowie Diagnostik (Laborwerte etc.) anbelangt. Soweit in dieser Zeitschrift Dosierungen, Applikationen oder Laborwerte erwähnt werden, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angaben dem Wissensstand bei Fertigstellung entsprechen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Applikationsformen und Laborwerte kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitschrift abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Laborwerte müssen immer auf ihre Plausibilität geprüft werden und sind abhängig vom jeweiligen Testgerät bzw. Testkit. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.